

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	MOREIRA	WILSON MANUEL	21	09	1955	69 años, 4 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302953292	MANABI	CHONE	RICAU RTE	PAVON y	096-828-5401 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302953292	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	01	27
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ADULTO MAYOR MASCULINO DE 69 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA PROGRESIVA DE LA MEMORIA, ACOMPAÑADA DE CUADROS CONFUSIONALES. APP: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ULTIMO CONTROL CON NEUROLOGIA HACE 8 MESES EN TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO 250 MG QD + HIPEREPLASIA PROSTATICA. APF: NO REFIERE AQX: APENDICECTOMIA ALERGIAS: NO. AL MOMENTO EL PACIENTE LUCE HIDRATADO, DESORIENTADO, COLABORANDO CON EL INTERROGATORIO. AL EXAMEN FISICO CABEZA: NORMOENCEFALO, PUPILAS REACTIVAS, MUCOSAS HUMEDAS, OROFARINGE NORMAL, CUELLO: SIMETRICO NO ADENOPATIAS, TORAX: EXPANSIBLE, CCPP VENTILADOS, RRC RITMICOS, NORMOFONICOS, NO SOPLOS, ADMONEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL, RRHH NORMALES. NUMERO CELULAR; 0985361656 (DANIEL FUENTES). PASANDO EL MURO POR LA CURVA. PLAN: REFERENCIA NEUROLOGIA. CONTROL SUBSECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA	G309		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	08:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año	

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-27	08:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

